

第1号様式（第5条関係）

上越市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）上越市長

次のとおり上越市がん患者医療用補正具購入費助成金の交付を申請します。

1 申請内容

申請者	フリガナ氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所	〒		
	電話番号			
過去における本事業による助成の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ウィッグ等・胸部補正具・人工乳房（右・左））		
助成対象経費等	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 胸部補正具	<input type="checkbox"/> 人工乳房 右・左
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額（税込）	円	円	円
	購入金額×1/2	ア 円 (1,000円未満切捨て)	エ 円 (1,000円未満切捨て)	キ 円 (1,000円未満切捨て)
	助成上限額	イ 25,000円	オ 25,000円	ク 50,000円
	助成額	ア又はイのいずれか低い額 ウ 円	エ又はオのいずれか低い額 カ 円	キ又はクのいずれか低い額 ケ 円
助成申請合計額		円（ウとカとケの合計額）		
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書その他がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除を確認することができる書類の写し <input type="checkbox"/> 領収書その他補助対象経費の支払いを確認することができる書類の写し <input type="checkbox"/> 購入した補正具の写真 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類（ ）			

## 2 振込先

金融機関名		口座種別							
支店名		口座番号							
フリガナ									
口座名義人									

## 3 同意及び誓約事項

項目	確認欄	
がん患者医療用補正具購入費助成の決定の審査のため健康づくり推進課の職員が住民基本台帳を閲覧又は確認をすることに同意します。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
助成金の交付申請に関する誓約 (1) 申請を行った上記の内容について、事実と相違ありません。 (2) 国又は地方公共団体から類似する助成金等は受給していません。 (3) 虚偽、不正等が判明した場合は、助成金の全部を市に返還します。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
上越市暴力団の排除の推進に関する条例に基づく暴力団の排除のための誓約 (1) 助成金を暴力団の活動に使用しません。 (2) 助成金の交付により暴力団に対し利益を供与することはありません。 (3) (1)又は(2)に反する場合は、この申請を却下され、助成金の交付の決定を取り消され、又は交付を受けた助成金を返還することを承諾します。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>